

DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES

Division of Health Care Financing
HCF 10126S (01/03)

STATE OF WISCONSIN
WI Admin. Code HFS 102.01

**MEDICAID AUTHORIZATION OF REPRESENTATIVE
AUTORIZACIÓN DE MEDICAID PARA REPRESENTANTES**

Al presente formulario lo debe llenar quien haya completado la solicitud de Medicaid en nombre de un solicitante. Se debe presentar documentación ante el departamento local de servicios humanos o sociales del condado o tribu del solicitante.

¿Completó usted una solicitud de Medicaid/BadgerCare en nombre de otra persona y es su tutor o guardián legal o tiene un poder legal durable para ocuparse de las finanzas de dicha persona? Sí No

Si respondió "Sí", deténgase aquí. Deberá presentar la documentación legal que lo autoriza a ser el tutor designado de esa persona o su apoderado legal durable en materia de finanzas ante el departamento local de servicios humanos del condado o tribu.

¿Es usted el representante autorizado que completó la solicitud de Medicaid/BadgerCare en nombre de otra persona? Sí No

Si usted es un representante autorizado deberá completar, junto con el solicitante, la información que se detalla a continuación y deberá firmar la sección "Derechos y obligaciones" de la solicitud de Medicaid/BadgerCare. Asimismo, para que pueda ser un representante autorizado, tanto usted como el solicitante deberán firmar el presente formulario.

Nombre del representante autorizado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono
()

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Autorizo a _____ (nombre del representante) a actuar en mi nombre, tanto en la presentación de mi solicitud de Medicaid/BadgerCare ante el departamento de servicios humanos o sociales del condado o tribu que administra el programa como en las revisiones de mi elegibilidad. Asimismo, autorizo a mi representante a que suministre la información y la documentación que sean necesarias para determinar mi elegibilidad para Medicaid/BadgerCare. La información que brindaré a mi representante será veraz y precisa, según mi leal saber y entender. Mi representante y yo entendemos que las sanciones por suministrar información fraudulenta pueden ser una multa de hasta \$25,000, prisión de hasta siete años y seis meses, o ambas, más la suspensión de Wisconsin Medicaid. (NOTA: Un testigo que no sea su representante debe presenciarse su firma. Si usted firma con una "X", se requieren las firmas de dos testigos.)

FIRMA del solicitante

Fecha de la firma

FIRMA del testigo

Fecha de la firma

FIRMA del testigo

Fecha de la firma

En mi calidad de representante autorizado, entiendo que represento al solicitante arriba mencionado en lo que respecta a su elegibilidad para Medicaid/BadgerCare y que la información suministrada es veraz y precisa, según mi leal saber y entender.

FIRMA del representante autorizado

Fecha de la firma